

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N°

42

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Roger Jacques

R. J. LE NAOUR

Né le 28 Février 1915, à Bois en Zeray (Eure)

- 5 MARS 1942

**Sur un cas de tumeur polykystique
non parasitaire du foie**

Président : M. LENORMANT, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE FOULON

29 Rue Deparcieux 29

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

R. J. LE NAOUR

Né le 28 Février 1915, à Bois en Zeray (Eure)

**Sur un cas de tumeur polykystique
non parasitaire du foie**

Président : M. LENORMANT, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1941



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LE DOYEN... BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBOULLET.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
	VELTER.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
	OMBREDANNE.
	HARVIER.
	LEMAITRE.
	Pierre Duval.
	M. VILLARET.
	TROISIER.
	MATHIEU.
	LAUBRY.
	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale.	HALPHEN	Oto - rhino - laryngologie.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger).	Urologie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT - DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Ophthalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO.	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
Mlle GAUTHIER-VILLARS.	Anatomie pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
GUENIOT	Obstétrique.	PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	Clinique médicale	BASSET	Clinique chirurgicale
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		FEY	
CHEVALLIER ..		GATELLIER	
DONZELOT		de GAUDART ..	
DUVOIR		d'ALLAINES ..	
GASTINEL		LEVEUF	
LAROCHE (G.) ..		MOULONGUET ..	
LIAN		MOURE	
MOREAU		QUENU	
SEZARY			
	MM.		
	EGALLE	Clinique obstétricale.	
	METZGER		
	PORTES		
	VIGNES		

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Mort au Champ d'honneur en 1915

A MA MERE

*Faible témoignage de ma
tendresse.*

A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

*Je dédie ce modeste tra-
vail, témoignage de ma
reconnaissance et de mon
affection.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Chirurgien de l'Hôpital Cochin

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu me
faire l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ RICHARD

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Chirurgien-chef de l'Hôpital Maritime de Berck

*Dont j'ai l'honneur d'être
l'élève. Hommage de ma
profonde reconnaissance et
de mon admiration.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN COMMANDANT CARILLON

Professeur agrégé au Val-de-Grâce

*Qui m'a permis de faire
cette thèse.*

A MADEMOISELLE S. PICARD

Chirurgien-assistant à l'Hôpital Maritime de Berck

*Dont les conseils ami-
caux m'ont aidé à mener à
bien ce travail.*

A MES MAITRES

A l'Hôpital maritime de Rochefort (1934-1935)

LES MÉDECINS CAPITAINES :

BARBIN, COMBY, GAUDAL, SIMEON.

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stages :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BESANÇON,
MONSIEUR LE DOCTEUR BRECHOT,
MONSIEUR LE PROFESSEUR AUBERTIN,
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoullet.

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR BAUMGARTNER,
MONSIEUR LE DOCTEUR MADIER,
MONSIEUR LE PROFESSEUR AUBERTIN,
MONSIEUR LE DOCTEUR RICHARD,

A MESSIEURS LES DOCTEURS :

P. BANZET, Chirurgien des Hôpitaux.
R. LEVY.

A MESSIEURS LES DOCTEURS :

ALLARD, BOUQUIER, de CAGNY, DELAHAYE,
FROYEZ, PARIN (*in memoriam*), PICARD.
de l'Hôpital maritime de Berck.

A MES CONFERENCIERS

MESSIEURS LES DOCTEURS :

M. CACHIN, NEYRAUD.

A MES AMIS, MESSIEURS LES DOCTEURS :

CHAILLOL, NASTORG, VELEZ y PAIZ.

A MES CAMARADES DE ROCHEFORT. DE BERCK
ET DU CAMP DE SISSONNE.

AVANT-PROPOS

Ayant été amené à faire ce travail, dans des circonstances peu favorables, nous nous excusons de sa brièveté, et regrettons de n'avoir pu apporter à sa préparation tous les soins que nous aurions voulu.

Nous espérons cependant que l'observation qui a servi de point de départ à notre étude, ajoutera une note originale à une liste déjà longue de travaux, sur les kystes non parasitaires du foie, observation que M. CARILLON. Médecin Commandant, Professeur agrégé au Val-de-Grâce, Médecin-Chef de la Division des Blessés à l'Hôpital militaire Robert-Picqué, de Bordeaux, a bien voulu mettre à notre disposition; qu'il nous soit permis de le remercier, et qu'il veuille bien trouver, ici, l'expression de notre reconnaissance.

Je remercie également, mon ami le Docteur ORAISON, Interne des Hôpitaux de Bordeaux, qui nous a inspiré l'objet de cette thèse, alors que nous étions au camp de Sissonne, et a contribué à l'élaboration de ses débuts.

INTRODUCTION

La question des kystes non parasitaires du foie n'est pas nouvelle, mais étant donné la rareté de l'affection, elle n'intervient que pour une très faible part dans l'immense domaine de la pathologie hépatobiliaire.

Autrefois considérée comme curiosité, elle a néanmoins fait plus récemment l'objet de nombreux travaux (GARSAUX, LECÈNE, Mémoire de COSTANTINI et DUBOUCHER, et un des plus important celui de LENORMANT et CALVET).

Aussi a-t-on actuellement, du point de vue anatomo-histologique, pathogénique et clinique de ces kystes, des notions précises et classées.

Seule, la question des tumeurs polykystiques se révélant par un syndrome abdominal aigu, semble avoir été très peu étudiée.

Il est admis que le nom de kyste est réservé à une tumeur à contenu liquide et à revêtement interne épithélial.

Schématiquement, on rencontre, au niveau du foie,

trois affections dont la symptomatologie, d'ailleurs très floue, ne se différencie guère de celle du kyste hydatique : la maladie polykystique, le kyste solitaire et le kyste hépato-cholédocien; aussi, à côté de la fréquente découverte d'autopsie, et en face des innombrables formes cliniques qui peuvent réaliser le masque des affections les plus diverses, le diagnostic ne sera-t-il qu'opératoire.

Nous n'avons pas l'intention, avec une expérience aussi limitée, de reprendre la question dans son ensemble, mais seulement le désir de présenter un cas nouveau de tumeur polykystique du foie, révélée par un syndrome abdominal aigu, d'exposer les discussions qui en découlent et d'essayer de situer cette observation dans le cadre des différents kystes non parasitaires déjà connus.

Nous nous abstiendrons de faire un historique plus détaillé; nous rappellerons cependant que c'est en 1909 seulement, que les kystes non parasitaires du foie sont entrés dans le domaine de la chirurgie.

En effet, de plus en plus, l'indication opératoire est devenue formelle devant tout syndrome abdominal chirurgical aigu. Toutefois, en 1923, l'individualité clinique des foies polykystiques n'était pas établie. COSTANTINI et DUBOUCHER en parlaient dans leur mémoire comme d'une surprise d'intervention ou d'au-

topsie « relevant plus de l'histologiste que du chirurgien ».

Il nous semble actuellement, à la lueur des nombreuses observations publiées, et après l'étude détaillée du cas que nous rapportons, que l'affection en cause peut être soupçonnée avant l'intervention, du fait de ses caractères particuliers.

Nous allons essayer de les mettre en évidence.

Une notion classique associe d'une façon quasi constante les lésions kystiques du rein à celles du foie, ce fait entraînerait une prédominance des signes dans l'ensemble clinique et dans le pronostic, les manifestations hépatiques restant sur un plan secondaire.

Or, dans notre observation, en supposant l'existence d'une lésion rénale, celle-ci est unilatérale et n'entraîne aucune répercussion clinique appréciable.

Dans un premier chapitre, nous allons exposer l'histoire de notre malade complétée par une étude critique de l'observation avec reproduction de quelques radiographies.

Avant d'aborder le diagnostic, afin d'illustrer la grande diversité des formes cliniques de l'affection et de mieux situer notre observation, nous allons exposer, dans un chapitre spécial, quelques observations résumées empruntées à différents auteurs, sur les kystes non parasitaires du foie.

Dans ce chapitre, nous classerons :

— D'une part les kystes multiples, dont quelques observations sont comparables à celle qui a servi de base à notre travail, et d'autres en différent.

— D'autre part, les adénomes solitaires qui sont sans rapports anatomiques avec notre cas mais peuvent poser de difficiles problèmes diagnostics.

— Enfin, nous mettrons à part les tumeurs par dilatation des voies biliaires.

Dans l'ensemble, la distinction de ces différentes formes nettement délimitées reste parfois malaisée; il faut alors s'enquérir avec soin de l'histoire de la maladie, des antécédents et du mode de début, du mode évolutif. Parfois, ce sera seulement l'examen anatomo-pathologique qui permettra de rattacher à sa cause le syndrome clinique observé.

Avant de conclure, nous discuterons le diagnostic, et plus spécialement celui du kyste par dilatation des voies biliaires.

En terminant, nous dégagerons de cette courte étude quelques conclusions :

- cliniques,
- thérapeutiques,
- pronostiques.

TUMEUR POLYKYSTIQUE DU FOIE
REVELEE PAR
UN SYNDROME ABDOMINAL AIGU

OBSERVATION

M. Ber..., 19 ans, matelot, Hôpital militaire Robert-Picqué, à Villenave-d'Ornon.

Le malade est amené *d'urgence* à l'hôpital, le 16 juin 1939, pour douleurs épigastriques ayant débuté la veille au soir.

La *brutalité du début* est remarquable ; c'est le 15 juin, vers 19 heures, immédiatement à la fin du repas du soir, que le malade a ressenti des douleurs violentes au niveau du creux épigastrique, douleurs à type de barre, gênant la respiration.

Un caractère négatif, la crise n'est pas accompagnée de vomissements.

L'état général reste bon et il n'y a pas de fièvre.

Les heures qui suivent voient les douleurs s'accroître progressivement, et c'est le lendemain, vers

15 heures, que l'on est amené à examiner le malade :

Les troubles fonctionnels sont réduits au minimum, la douleur très violente est à type de barre, continue, siège au creux épigastrique, entraîne une gêne respiratoire.

Il n'y a toujours pas de nausées, pas de vomissements.

Le malade a eu, depuis le début de sa crise, dans la soirée du 15 juin, une selle légèrement diarrhéique.

L'état général n'est pas troublé, la température est à 37°2, le pouls à 84, le facies à peine altéré; aucune coloration anormale des téguments. Les urines sont foncées.

A l'examen du malade. — L'étage sus-ombilical de l'abdomen ne se mobilise pas à la respiration; par contre, l'étage sous-ombilical est libre. On constate, en outre, une cicatrice de laparatomie médiane sus-ombilicale sur laquelle nous reviendrons.

— La palpation met en évidence une défense musculaire de la moitié sus-ombilicale de l'abdomen. défense intense, impossible à vaincre. A ce niveau, la pression profonde exagère un peu les douleurs, mais ne révèle pas de point douloureux précis.

— La région hypogastrique est normale, les fosses iliaques libres et indolores.

— D'autre part, la percussion ne révèle qu'une

matité hépatique normale, ainsi qu'une sonorité normale des flancs et des fosses iliaques.

— La rate n'est pas perceptible.

— Au toucher rectal, rien d'anormal à signaler.

— L'examen de l'appareil pulmonaire ne décèle rien d'anormal.

L'intervention fut décidée, et c'est le 16 juin, à 16 heures, que, sous anesthésie générale au balsoforme-éther, le Professeur CARILLON et les Médecins Capitaines COSNIER et GAUTHIER pratiquèrent la laparotomie exploratrice.

Compte rendu opératoire.

On pratique une laparotomie médiane sus-ombilicale sur l'ancienne cicatrice.

Après décollement d'adhérences viscéro-pariétales, le grand épiploon relevé est adhérent à la face antérieure du foie; on le décolle; le lobe médian et antérieur du foie apparaît volumineux et parsemé de tuméfactions à parois translucides, très minces, prêtes à se perforer, se déprimant sous le doigt.

L'estomac et la vésicule biliaire sont sains, et ne portent pas trace d'intervention antérieure.

La ponction d'une de ces tuméfactions kystiques de la face antérieure du foie ramène un liquide fluide, abondant, fortement coloré en vert par la bile.

La marsupialisation des cavités est décidée.

Auparavant, fermeture partielle de l'abdomen aux fils de bronze et protection de la grande cavité péritonéale par une couronne de mèches, au centre de laquelle on ouvre la cavité kystique ponctionnée.

Le doigt introduit dans la brèche reconnaît une multitude de poches, irrégulières, communiquant les unes avec les autres.

On termine par un amarrage de la brèche hépatique à la paroi et mise en place d'un drain intra-hépatique.

Antécédents personnels. — Le malade est né à Chatelaillon, au bord de la mer, et n'a jamais quitté ce pays jusqu'au service militaire.

Dans la vie civile, il exerce le métier d'ostréiculteur.

Il a actuellement 19 ans et est engagé volontaire.

Jusqu'à l'âge de dix ans il n'a jamais été malade et n'a même pas eu les maladies habituelles de l'enfance; mais, à l'âge de dix ans, en 1930, le sujet a présenté une *crise analogue* à celle qui l'amène à l'hôpital :

— A ce moment, de même qu'aujourd'hui, il a été pris brusquement de douleurs abdominales violentes, également à type de barre, mais siégeant plus bas que la douleur actuelle, au niveau de l'ombilic.

— Il ne se souvient pas d'avoir eu de la fièvre au cours de cette crise; par contre, il aurait eu de nombreux vomissements.

Un chirurgien de La Rochelle est intervenu, le lendemain du début de la crise. Nous avons pu avoir le *compte rendu opératoire du 27 février 1930*, grâce à l'obligeance du Docteur LEFLAIVE, de La Rochelle.

« Laparotomie médiane sus-ombilicale. Le foie et la vésicule biliaire sont très augmentés de volume. On retire de la vésicule, ainsi que de certaines saillies kystiques du foie, un liquide verdâtre.

« L'exploration des voies biliaires ne relève rien d'anormal. »

Il n'y a eu ni drain ni mèche. Le malade s'en souvient parfaitement.

Un mois après, le malade était complètement guéri.

A ce moment-là, un régime fut prescrit, d'ailleurs jamais suivi et dont le malade ignore les éléments.

Depuis cet épisode, d'abord tous les 3 ou 4 mois, puis tous les 6 mois ou tous les ans, une crise analogue se produisait :

— Le début survenait brutalement toujours à la fin d'un repas; les douleurs étaient violentes; le malade insiste sur la sensation de striction épigastrique qu'elles entraînaient et surtout sur la contracture mus-

culaire limitée qu'il a pu lui-même observer en ce siège précis et constant.

— Des vomissements alimentaires accompagnaient la crise, cet accident aigu durait environ 4 jours et était calmé par une ingestion d'élixir parégorique.

— A chaque crise, le malade présentait un *ictère franc* débutant le premier jour et s'atténuant rapidement les jours suivants.

— En dehors de ces épisodes aigus, l'état digestif habituel du sujet est parfait.

Antécédents familiaux. — Le malade est le dernier d'une famille de six enfants.

Le père et la mère sont vivants, et en bonne santé.

Un frère en bonne santé, marié, aurait perdu un enfant de méningite.

Deux sœurs en bonne santé; deux autres qui, elles, présentent des troubles hépatiques sans que notre sujet puisse préciser de quel ordre.

L'une de ses sœurs a perdu, en 1935, une petite fille de sept ans *opérée pour un syndrome abdominal identique* à celui qu'a présenté le malade à l'âge de dix ans.

Par ailleurs, le malade ne croit pas avoir perdu de frère ou de sœur en bas âge.

Parmi les antécédents indirects (oncle, tante, grands-parents), on ne relève rien.

L'évolution de la crise actuelle fut sans incident. Le malade a très bien supporté l'opération et n'a jamais présenté de shock. Dans les jours qui suivent l'intervention, le malade se remet rapidement.

Le pansement est imbibé chaque jour d'une importante quantité d'un liquide vert que les examens chimiques et bactériologiques pratiqués montrent constitué de bile à peu près pure ; exempte de germes quelconques, de leucocytose et de crochets parasitaires.

On met en place une sonde de Petzer coudée que l'on adapte à un bocal. Le malade élimine journellement 500 à 600 cm³ de bile mélangée à du mucus.

L'état digestif s'est amélioré rapidement ; l'alimentation est reprise normalement.

Les *fonctions digestives* s'effectuent normalement ; les selles présentent, de temps en temps, un certain degré de décoloration, mais restent parfaitement moulées et non enrobées de graisses.

Un léger *subictère* persiste quelques jours ; les urines sont normales.

Le malade se lève le 9 juillet 1939, la sonde de Petzer étant adaptée à un flacon qu'il porte fixé à sa ceinture.

Un petit incident cependant, dans les jours qui suivent l'injection de lipiodol, faite le 8 août, le malade présente une crise durant trois jours, caractérisée par une asthénie profonde, une légère élévation de température à 38°5, un ictère prononcé accompagné d'une certaine décoloration des matières fécales. Très rapidement, ce petit épisode, dû sans doute à l'exploration lipiodolée, rétrocede sans laisser de trace.

Le 27 août, la plaie opératoire était en voie de cicatrisation et la fistule ne donnait plus issue qu'à quelques centimètres cubes de liquide. L'état général était parfait à ce moment-là.

Nous allons compléter l'histoire clinique de ce malade par les résultats des divers examens de laboratoire :

Le 19 juin 1939. — L'examen cytobactériologique du liquide bilieux s'écoulant par le drain. fait par le Médecin Commandant BASTOUIL, montre :

- absence d'éléments cytologiques;
- absence de crochets de tœnia.

Le 22 juin. — Examen chimique du liquide; volume 500 cm³ :

- forte quantité de bile;
- présence de sucs digestifs en très faible quantité (pouvoir peptique égal à 2 mm. au tube de Meth).

Le 20 juin. — La formule hémoleucocytaire est normale; il n'y a pas d'hyperleucocytose.

Le 19 juin. — Réaction de Meinicke fortement positive.

Le 20 juin. — Les réactions de WEINBERG et de CASONI, faites par le Médecin Commandant BASTOUIL, sont négatives.

Le 19 juillet. — L'exploration radiologique du foie, faite par le Médecin Commandant PICOT, comporte :

1° Un cliché sans préparation, la veille au soir.

2° Une série de clichés, après ingestion de radiotétrane (3 gr.) à minuit.

— Sans préparation : la vésicule n'est pas visible, il n'y a pas d'image calculeuse sur son aire présumée.

— Après radiotétrane et examen volontairement précoce, les clichés faits à :

8 h. 30, 9 h. 30, 10 h. 30, 11 h. 30, 12 h. 30, 13 h. 30 : la vésicule n'est pas opacifiée sur les clichés pris d'heure en heure après ingestion de la substance opaque. Pas d'image de calcul au négatif.

On constate, en dehors de la recherche de l'image vésiculaire, la présence d'un rein droit très nettement augmenté de volume, aux contours irrégulièrement bosselés.

Il est à noter que le produit opaque ingéré n'a pas

passé dans le flacon qui recueille le liquide d'écoulement de la fistule.

Le 8 août. — *Exploration radiologique* de la cavité kystique par injection de *lipiodol* dans la fistule.

On passe un crin autour de l'orifice, de façon à en resserrer les bords sur la sonde et que l'étanchéité soit parfaite.

On pratique une première injection de 20 cc. et l'on voit se dessiner une cavité du volume d'une mandarine très régulièrement limitée.

Une deuxième injection est faite une demi-heure après, 20 cc. de plus; on voit alors, en plus de la première cavité qui n'a pas considérablement augmenté, plusieurs autres cavités disposées irrégulièrement autour de la première, de volume sensiblement moindre et de formes très variées. Il semble que l'on aperçoive un élément de canal biliaire.

Voici le *compte rendu de l'examen radiographique*:

« Aussitôt après l'injection de *lipiodol* opacifié, un trajet rectiligne de 2 cm. de longueur dont le calibre en forme d'entonnoir irrégulier aboutit à une volumineuse poche, vaguement ovalaire orientée obliquement à 45°, suivant son grand axe par rapport au plan horizontal, l'angle de ces deux axes étant ouvert en dedans.

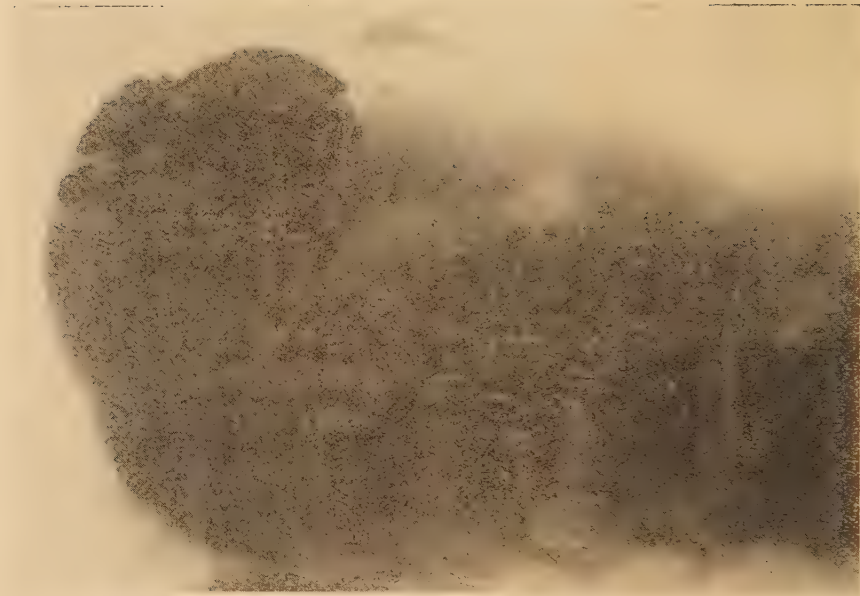
« Cette poche étant remplie d'une façon homogène,

les dimensions des deux diamètres perpendiculaires sont respectivement de 55 mm. et de 35 mm. Sur l'un des clichés de face, cette poche se continue en un diverticule à trajet coudé qui se dirige vers le dôme diaphragmatique, en direction du sinus phréno-cardiaque.

« Sur le profil, l'ensemble de la poche s'oriente verticalement et se continue, d'une part, vers le haut, à quelques millimètres seulement du contour convexe du foie et, d'autre part, en arrière, sans aucune systématisation à allure canaliculaire.

« 4 heures après l'injection : la poche s'est plutôt étalée transversalement (cliché de face). Des traînées opaques se dessinent au-dessous d'elles ; leur trajet est irrégulier et fragmentaire. Sur le profil, il y a une traduction radiologique nette d'injection de canalicule biliaire, surtout dans le segment antérieur de leur projection (voir clichés).

« 22 heures après l'injection : l'ensemble de l'opacification lipiodolée se réduit en étendue, et sa tonalité s'est estompée — traduisant ainsi une évacuation soit mécanique par la sonde, soit spontanée par les voies naturelles d'excrétion. »



Ber... — Images radiologiques quatre heures après injection de lipiodol par la fistule.

ETUDE CRITIQUE DE L'OBSERVATION

L'intérêt de la présente observation n'est pas seulement de s'ajouter à une liste déjà longue, de kystes non parasitaires du foie, rapportés par différents auteurs. »

Elle nous a paru nouvelle, et quelques points nous semblent devoir retenir plus particulièrement l'attention.

1° Tout d'abord, l'intervention pratiquée d'urgence *dix ans avant* l'épisode actuel, pour un syndrome abdominal aigu analogue, découvrant elle aussi au niveau du foie, des saillies kystiques contenant un liquide verdâtre.

2° *Les crises* analogues, bien que moins violentes, d'allure presque périodique, qui se sont produites dans l'intervalle des deux interventions subies par le malade; crises dues vraisemblablement, comme le dit LECÈNE, à une brusque augmentation de volume du kyste et à une réaction péritonéale aseptique.

L'état général du sujet qui, en dehors de ses crises, est parfait.

3° La maladie semble présenter un caractère *familial*; ce caractère a d'ailleurs déjà été signalé par MM. LENORMANT et CALVET; BIGORRE, dans sa thèse (de Toulouse), ne lui accorde pas la moindre importance.

Nous regrettons de n'avoir pu obtenir de renseignements plus précis sur le décès de la nièce de notre malade. Elle aurait, en effet, présenté à l'âge de sept ans, un syndrome abdominal aigu, identique à celui survenu chez notre malade à l'âge de dix ans, et pour lequel on est également intervenu.

4° Les *fonctions digestives* ne sont pas troublées d'une façon cliniquement appréciable, bien que la fistule post-opératoire ne cesse de donner issue à une quantité de bile chimiquement pure, 500 à 600 cc. par jour (la sécrétion hépatique normale, en tant que glande exocrine, est de 500 à 1.100 cc. de bile par 24 heures), elles se maintiennent à peu près normales, à ce que l'on peut en juger d'après l'état des selles: en effet, celles-ci sont normalement colorées et la digestion des graisses est complète.

Nous pouvons, avec M. le Professeur FIESSINGER, considérer ce fait comme un argument en faveur de la « tolérance des fonctions hépatiques » chez ces malades.

— Après ingestion de radiotétrane, le produit opa-

que n'a pas été retrouvé dans le liquide qui s'écoule de la fistule.

— L'examen n'a noté aucune coloration anormale des téguments, par contre, un ictère est signalé, au cours de chacune des crises précédentes (ictère franc).

5° L'examen anatomo-histologique n'a pu être fait, néanmoins, macroscopiquement, deux constatations importantes sont à noter :

— L'exploration au doigt, faite au cours de l'intervention, reconnaît une multitude de poches, irrégulières, communiquant les unes avec les autres.

— Le radiolipiodol, fait par l'intermédiaire de la fistule post-opératoire, a donné les résultats que nous avons vu précédemment.

6° L'examen radiographique fait par le Médecin Commandant PICOT, a montré un rein droit nettement augmenté de volume et aux contours irrégulièrement bosselés.

Il est à regretter que l'exploration systématique des autres viscères n'ai pas été faite au cours de l'intervention.

QUELQUES CAS DE CYSTADENOMES SIMILAIRES ET QUELQUES CAS DIFFERENTS

A l'observation que nous venons d'exposer, se rattachent quelques observations de tumeurs polykystiques, semblables quant aux manifestations révélatrices.

En premier lieu, quatre cas, dont le syndrome abdominal aigu du début imposa l'intervention d'urgence.

OBSERVATION I

Empruntée à AUMONT, présentée par LECÈNE.

Il s'agit d'un jeune homme âgé de 21 ans, qui a présenté un syndrome abdominal nécessitant l'*intervention d'urgence*.

Il se présente avec un facies angoissé, terreux, couvert d'une sueur profuse, malade depuis la veille au soir; vers quatre heures, il a ressenti brusquement de violentes douleurs abdominales, à type de barre sus-ombilicale, allant d'un hypocondre à l'autre, mais sans irradiation.

- Pas de vomissements;
- Pas de fièvre, un pouls seulement un peu accéléré;
- Il y a arrêt des matières et des gaz.

La palpation montre un ventre très douloureux dans toute son étendue, mais toutefois sans contracture marquée.

Le Docteur AUMONT a vu le malade 27 heures après le début clinique; il note une légère accalmie quant à l'intensité de la douleur.

La palpation la plus attentive réveille des douleurs vives dans tout l'abdomen. L'hyperesthésie cutanée est à ce niveau manifeste.

La paroi de l'étage sus-ombilical se durcit sous les doigts, surtout dans la zone où siège le maximum des douleurs. Celle-ci est étendue à tout l'hypocondre droit et à l'épigastre.

L'abdomen dans son ensemble paraît ballonné.

Par ailleurs, l'examen ne décèle rien d'anormal.

Le diagnostic paraît fort embarrassant.

Rien dans les antécédents, si ce n'est qu'exactement *huit jours auparavant*, le malade avait ressenti une douleur semblable à celle qui le tourmentait encore.

On envisage les diagnostics : d'appendicite haute; de cholécystite, d'autant qu'il y a un léger subictère; d'ulcus pylorique en voie de perforation.

Rien n'est satisfaisant devant cet ensemble discordant.

Une *laparotomie exploratrice* est pratiquée sous anesthésie générale à l'éther. Elle ne montre aucun exsudat, ni réaction inflammatoire apparente, mais découvre au niveau du foie, de la grosseur d'un œuf de cane, une tumeur kystique de la face convexe sous-diaphragmatique.

On pense à un kyste hydatique en imminence de rupture.

Mais à la grande surprise de l'opérateur, la ponction évacuatrice ramène un *liquide verdâtre* d'aspect purulent, mais stérile, dans lequel on décèle : mucine, cholestérine et biliverdine. Il n'y a aucuns débris hydatiques.

L'examen de la paroi, pratiqué par le Docteur Moulonguet, confirme la nature épithéliale de ce kyste. L'auteur procède à l'énucléation de la tumeur. Hémostase par greffe épiploïque. Le drain est enlevé au 4^e jour.

Le syndrome aigu de cette observation, dit LECÈNE, est exceptionnel. dû sans doute à une brusque augmentation de volume et à une réaction aseptique du péritoine.

Du point de vue de la pathogénie, il estime pouvoir faire le rapprochement avec la dégénérescence polykystique des reins, s'expliquant par un trouble dysembryoplastique (LETULLE).

*
**

OBSERVATION II

Empruntée au Professeur CHARRIER, de Bordeaux.

Concernant une *hémorragie intrakystique* ayant nécessité l'intervention *d'urgence*, chez une femme de 56 ans, pour accidents douloureux violents abdominaux, avec vomissements alimentaires, lipothymies.

L'examen met en évidence une intense réaction péritonéale.

La *laparotomie* ne découvre pas de liquide dans la cavité abdominale, mais montre une tumeur polykystique du foie, formée de « kystes très nombreux rapprochés et accolés à la façon d'une grappe de raisin ».

Les kystes sont de dimensions variées, les plus nombreux sont comme des grains de raisin, il en est 4 ou 5 gros comme le poing, dont 2 sont de couleur noire et très tendus; les autres sont jaune-verdâtres et dépressibles.

Cliniquement, c'est un syndrome abdominal aigu, chez une malade accusant un passé gastrique net et un *ictère* 8 années auparavant, antécédents qui nous ont fait penser à des accidents lithiasiques.

L'auteur fait remarquer qu'il n'y avait pas d'autres atteintes polykystiques au niveau des reins en particulier, et que, d'autre part, cette complication hémorragique n'est pas signalée dans le mémoire de COSTANTINI et DUBOUCHER (*J. de Chir.*, 1923).

La guérison complète et sans complication a été obtenue par une *résection cunéiforme* en plein parenchyme hépatique.

L'examen anatomo-pathologique, fait par SABRAZÈS, confirme la théorie générale des *dysembryoplasties* de LETULLE.

OBSERVATION III

Empruntée à W. RIEDER (1926).

Il s'agit d'un homme âgé de 45 ans, ne présentant aucun antécédent important.

C'est *brusquement* qu'un matin il a ressenti au niveau du creux épigastrique, un peu à droite de la ligne médiane, une violente douleur.

La température est normale.

Le pouls légèrement accéléré.

A l'examen l'abdomen est très tendu, contracturé et douloureux à la pression. L'auteur pense à un *ulcus gastrique perforé*.

A l'intervention, l'ouverture de l'abdomen découvre dans la cavité péritonéale un liquide clair, séreux.

Le foie présente *des kystes* de taille variable, allant du volume d'une cerise à celui d'une prune.

Le liquide provient de la perforation de l'un de ces kystes.

L'exploration systématique des autres viscères montre des lésions kystiques associées *des deux reins*.

A l'examen, le liquide reste stérile.

Trois semaines après l'intervention, le malade est guéri.

OBSERVATION IV.

Empruntée à RITTER.

Il s'agit d'une femme âgée de 51 ans.

Depuis trois ans elle présente des *crises douloureuses* dans la région hépatique avec frissons et fièvre à 40° et 41°, sans vomissements ni ictère.

Ces crises, qui n'ont pas les caractères de vraies coliques hépatiques, reviennent à *intervalles réguliers* et durent trois ou quatre jours. Elles augmentent d'intensité et de fréquence depuis quelques mois.

L'examen est négatif ou presque, sauf une douleur vive à la pression dans la région vésiculaire, avec contracture. La vésicule n'est pas perceptible, la cholécystographie ne révèle rien de net. Le foie déborde les côtes d'un travers de doigt, et paraît irrégulièrement bosselé.

A l'intervention, le péritoine renferme un liquide clair comme de l'eau, plus profondément il y a des adhérences inflammatoires.

Un examen rapide des autres viscères permet de constater l'existence de kystes analogues au niveau des deux *reins* et de la *rate*.

Envisageant cependant la possibilité d'un kyste hydatique alvéolaire, l'auteur prélève pour examen le liquide et la paroi d'un kyste; puis referme l'abdomen.

L'examen microscopique élimina d'ailleurs l'hypothèse d'échinococcose, et montra que le kyste avait un revêtement épithélial cubique.

Malgré les accidents de collapsus, et puis d'un épan-

chement bilio-purulent sous-hépatique qui fut évacué, la malade guérit.

L'auteur pense que cette lésion, évidemment congénitale, a été bien tolérée pendant 48 ans, que les crises douloureuses et fébriles correspondaient à la rupture intra péritonéale de certains kystes et à la réaction inflammatoire consécutive.

En résumé, on voit que les tableaux cliniques les plus différents ont été réalisés, et comment les diagnostics les plus divers purent dans chaque cas être envisagés.

Viennent maintenant quelques cas, où le syndrome douloureux est plus ou moins précis, mais est accompagné d'une tumeur souvent douloureuse.



OBSERVATION V.

Empruntée au Professeur MATHIEU.

Il s'agit d'un jeune garçon âgé de 7 ans, M. B..., qui présentait une voussure considérable de la région épigastrique.

L'enfant est vu le 4 octobre, alors que trois semaines auparavant, du 12 au 20 septembre, il avait eu des *crises douloureuses* abdominales, sans vomissements, avec une température oscillant entre 37°5 et 38°5. L'examen mon-

trait alors une *tuméfaction douloureuse* de la région épigastrique et des hypocondres; peu à peu, les douleurs cessèrent et la masse épigastrique aurait diminué de volume, mais depuis huit jours aucune modification sensible.

L'enfant ne possédait pas d'antécédents spéciaux (sa mère était morte bacillaire).

Il n'éprouvait pas de douleurs.

L'examen de l'abdomen donna lieu aux constatations suivantes :

— voussure très nette de la région épigastrique, s'étendant dans les hypocondres, de consistance assez ferme, de surface lisse arrondie, bien limitée, qui présente des bosselures de consistance plus dure dans l'hypocondre droit, plus molle dans l'hypocondre gauche. La masse semble faire corps avec le foie, et à la radio elle se confond avec l'ombre hépatique.

Par ailleurs, l'examen complet ne révèle rien d'anormal :

— sang : normal;

— urines : diminution des éléments normaux.

Ne pouvant affirmer qu'il s'agissait d'une tumeur hépatique, la *laparotomie*, décidée, est pratiquée le 18 octobre par le Professeur MATHIEU, sous anesthésie à l'éther.

Médiane sus-ombilicale montre un foie très gros, de coloration un peu pâle au niveau de la face convexe, soulevée par la tumeur.

Quelques adhérences lâches existent entre la capsule du foie et le péritoine pariétal.

Du volume d'une tête de fœtus, cette tumeur, contrastant avec le tissu sain hépatique, est bosselée et s'étend dans les hypocondres.

Une ponction ramène un liquide jaune clair, visqueux, comme du liquide d'hydrocèle vaginale. L'incision de cette poche où saillent d'autres poches, laisse s'écouler de l'une un liquide citrin et d'une autre un liquide chyliforme.

A la dissection de la tumeur, les parois kystiques font corps avec le tissu hépatique; dans la profondeur, le clivage devient facile, et l'on parvient à énucléer un gros *amas polykystique* à parois kystiques minces. Il y a peu d'hémorragie. La brèche, suturée avec drain au contact et deux petites mèches, qui sont enlevées au quatrième jour. Il n'y a pas eu d'écoulement de bile.

L'enfant est guéri sans incident.

L'examen de la pièce a montré qu'il s'agissait d'une grosse masse polykystique comme celle que l'on rencontre parfois au niveau du rein.

LECÈNE, ayant examiné des coupes de la tumeur, a répondu qu'il s'agissait certainement d'une de ces tumeurs diverses du tissu hépato-biliaire, dysembryome biliaire ou plutôt de *dyshépatome*.

✱
✱✱

OBSERVATION VI.

Empruntée à MARGARUCCI.

Il s'agit d'une femme de 58 ans qui aurait présenté, onze ans auparavant, une *crise douloureuse* abdominale,

ayant duré quatre ou cinq jours, et qui aurait été traitée médicalement.

Pas d'ictère, pas de vomissements, pas de fièvre.

A l'examen, le symptôme essentiel est une augmentation notable du volume du foie et l'on perçoit une *tumeur* de forme irrégulière qui n'est pas douloureuse à la pression.

Les réactions de Wassermann et de Weinberg, négatives, on émet l'hypothèse d'une tumeur bénigne du foie, sans pour cela exclure complètement l'idée d'échinococcose à kystes multiples.

Laparatomie médiane sus-ombilicale; on aperçoit tout de suite, au niveau de la face antérieure du lobe droit du foie, un amas de formations kystiques donnant l'aspect d'une gigantesque grappe de raisin.

Reins et ovaires sont normaux.

Devant l'impossibilité de procéder à une extirpation complète, la paroi est refermée en trois plans, après avoir prélevé un fragment de paroi kystique pour l'examen histologique.

Décès quatre mois après, avec phénomènes douloureux épigastriques, vomissements, hématomèses et méloena. L'autopsie n'a pu être pratiquée et MARGARUCCI émet l'hypothèse d'un néoplasme de l'estomac, coexistant avec la lésion hépatique qui seule avait attiré l'attention au cours de l'opération.

L'examen histologique : paroi superficielle péritonéale, paroi interne comprenant une rangée de cellules cubiques à noyaux très apparents.

Dans l'épaisseur de la paroi, on trouve d'abondants résidus de tissu hépatique présentant en certains points des signes de sclérose.

Nous remarquerons ici la longue histoire de la maladie, et la crise douloureuse abdominale ayant duré 4 ou 5 jours qui se serait produite il y a 11 ans et dont la malade se souvient parfaitement.



OBSERVATION VII.

Empruntée à HABERER (1909).

Il s'agit d'une femme de 34 ans, qui présentait une *tumeur douloureuse* au niveau de l'hypocondre droit, accompagnée de vomissements.

Il fit une résection cunéiforme du foie qui amena la guérison.

Il y avait un grand kyste inférieur et plusieurs petits autour (de la grosseur d'une tête d'enfant).

Le liquide retiré contenait du mucus, de l'albumine et des pigments biliaires.



OBSERVATION VIII.

Empruntée à ZENO et CID et O. CAMES.

Il s'agit d'une femme âgée de 39 ans, Italienne.

Les antécédents sont sans importance.

Il y a quatre ans, malaise général avec *douleurs épigastriques*.

Depuis huit mois, elle se plaint de douleurs régulières dans le flanc droit et la région lombaire.

D'autre part, la malade a eu deux crises d'appendicite.

A l'examen, la glande hépatique est dure, irrégulière, un peu douloureuse. Dans le flanc droit, une tumeur du volume d'un gros poing est perceptible, dure, irrégulière, avec un ballottement net.

A l'intervention, le *foie* est abaissé et *gros*; la vésicule biliaire est normale.

La surface du foie est parsemée de petits kystes translucides, du volume d'un grain de mil.

L'auteur pratique une biopsie cunéiforme.

L'exploration des viscères découvre, en outre, une dégénérescence polykystique du *rein droit*, et aussi du *rein gauche*.



Toutes différentes, quant au mode de début, sont ces trois observations, où la maladie se révèle par une tumeur symptôme, isolée, et sans douleurs.

OBSERVATION IX.

Empruntée à PROUST (Beyrouth).

Dans cette observation, le diagnostic de kyste hyda-

tique s'imposait particulièrement de par la région, et l'éosinophilie sanguine indéniable.

Il s'agit d'un malade âgé de 28 ans, qui n'avoue de ses antécédents qu'un *ictère* dont il ne parvient pas à préciser l'ancienneté.

A l'examen général, c'est un sujet amaigri, présentant un léger *subictère*. L'abdomen, avec une importante voussure qui occupe tout l'hypocondre droit, se confondant avec le foie par son bord supérieur, formant une saillie du volume d'une tête fœtale, centrée par l'ombilic.

Tumeur non mobilisable, lisse, rénitente, non douloureuse.

Les examens divers sont normaux, sauf une éosinophilie à 6 %. Concluant au kyste hydatique, on pratique, sous anesthésie générale à l'éther, une *laparotomie*.

On découvre, sous une lame péritonéale très vascularisée, qu'on identifie comme le péritoine postérieur de la fosse hépatique, intimement adhérente en haut au bord antéro-externe du foie, elle est cerclée à sa partie inférieure par le colon transverse.

Ponction avec précautions habituelles au kyste hydatique ramène un liquide jaune verdâtre, mêlé par instant de boue biliaire; on évacue environ trois litres.

L'incision de la poche montre une paroi de 2 à 3 mm. d'épaisseur, blanchâtre et bien vascularisée. L'exploration de la cavité la montre profonde, avec de *volumineux diverticules* qui semblent pouvoir représenter des voies biliaires dilatées. Sable et boue biliaire en abondance sont retirés à la compresse.

Une portion de la paroi est prélevée en vue de l'examen anatomo-pathologique; cette manœuvre détermine une abondante hémorragie de la tranche de section, qui ne cède qu'à un surjet hémostatique.

L'état général précaire du malade et les dispositions anatomiques ne paraissant pas autoriser l'énucléation, on procède à la fermeture sans drainage.

La tumeur fait corps avec la portion postéro-externe de la face inférieure du lobe droit et adhère à la paroi postérieure de la fosse hépatique. Par ailleurs, le tissu hépatique paraît sain, la vésicule biliaire libre est d'aspect normal.

Après l'amarrage au péritoine pariétal du surjet de fermeture du kyste, on procède à la suture en quatre plans de la paroi, en utilisant le procédé de drainage transpariétal de sécurité de QUÉNU.

L'examen histologique de la paroi montre de petits kystes tapissés par un épithélium cubique aplati : donc adénokystome et *dysembryome* kystique.

Les suites opératoires furent sans incidents.

Outre l'erreur de diagnostic, nous retrouvons dans cette observation :

- l'ictère et le subictère;
- les caractères anatomo-pathologiques, macroscopiques : la poche avec ses volumineux diverticules, qui semblent pouvoir représenter des voies biliaires dilatées;

— le liquide, jaune-verdâtre, avec boue biliaire.

Nous regrettons ici aussi que l'exploration des reins et de la rate au cours de l'intervention, ainsi qu'un examen de la cavité au radiolipiodol, n'aient pas été faits.

**

OBSERVATION X.

Empruntée à M. TUFFIER (Thèse de GARSAX).

Il s'agit d'un homme jeune de 23 ans. Aucun antécédent morbide spécial.

Il se présente avec une *tumeur* abdominale volumineuse, occupant l'hypocondre droit, tumeur découverte par lui-même deux mois et demi avant. Depuis lors, elle n'a pas très sensiblement augmenté de volume; on peut en conclure qu'elle a jusqu'ici évolué lentement.

Elle s'accompagne de gêne et pesanteur progressive.

L'état général est parfait.

A l'examen : A droite et un peu au-dessus de l'ombilic, une voussure en dôme soulève la paroi abdominale, et se mobilise à la respiration.

Cette tumeur, irrégulièrement arrondie, a un bord inférieur bosselé, noueux, du volume des deux poings. Elle est rénitente, mais sans fluctuation nette.

Il n'y a pas de frémissement hydatique.

Absolument aucun trouble fonctionnel hépatique.

Le diagnostic de kyste hydatique s'imposait.

Laparotomie médiane, sous anesthésie générale à l'éther découvre au niveau du foie toute la partie inférieure du lobe droit bosselée par une *tumeur multilobée*, fluctuante, d'aspect polykystique, qui donne l'aspect d'un kyste alvéolaire. Tout le bord inférieur du lobe droit apparaît semé de tumeurs variant du volume d'une orange à celui d'une noisette; le tout bien limité, fait saillie en dehors du foie et pénètre dans l'intérieur.

La ponction d'un de ces kystes donne un liquide *biliaire*; d'un autre kyste, il s'écoule du liquide; d'un troisième, liquide trouble de couleur foncée.

Pensant à une maladie kystique hépato-rénale, l'exploration des reins ne montre rien d'anormal.

La périphérie des kystes était limitée par du tissu hépatique un peu condensé. La masse kystique est enlevée, laissant une large brèche dont l'hémostase est assurée. Un drain, placé, laisse écouler un peu de bile et de sang, il est enlevé au bout de quarante-huit heures.

Guérison sans accidents. Avec foie normal et pas d'albuminurie.

L'examen *anatomo-pathologique* a montré des cavités multiples isolées les unes des autres, remplies de liquides différents, mais dans le plus grand nombre il est d'aspect franchement biliaire. Il existe de nombreuses cloisons plus ou moins épaisses, quelques-unes incomplètes, comme si un kyste s'était ouvert dans un autre, pour n'en former qu'un seul.

Au point de vue *anatomo-histologique*, une couche interne de cellules cylindro-cubiques qui ont tout à fait l'aspect de l'épithélium des canaux biliaires.

OBSERVATION XI.

Empruntée au Professeur N. FIESSINGER.

Il s'agit ici d'une femme de 48 ans, dont le foie, déjà gros il y a vingt ans, augmente encore de volume; c'est le seul signe, elle ne souffre pas, ses digestions sont excellentes; ni prurit, ni urticaire.

Parmi ses antécédents, on note un ictère catarrhal vers l'âge de 12 ans.

L'examen de l'abdomen le montre déformé, et la palpation permet de se rendre compte de la nature de cette masse, dure et indolore, présentant un bord inférieur net.

La surface de l'organe est lisse, mais on sent immédiatement au-dessus de l'ombilic, une nodosité arrondie, du volume d'une mandarine et de consistance rénitente.

Le diagnostic de kyste hydatique est porté.

La *laparotomie* montre un foie *gros, polykystique*; un des kystes, très superficiel, dont la paroi presque transparente est brillante, a l'aspect d'un ballon de baudruche.

Le liquide qu'on en retire est transparent, mais légèrement coloré en jaune pâle. La poche, vidée, est ouverte largement. au-dessus d'elle d'autres kystes apparaissent, ayant tous le même aspect.

Devant le diagnostic indiscutable de foie polykystique, on referme la paroi.

Les suites opératoires furent des plus simples.

Le laboratoire a bien montré la nature épithéliale de ce kyste.

Cette observation fut présentée par le Professeur FIES-SINGER, outre les renseignements de laboratoire qu'elle apporte, dans le but de montrer la tolérance des fonctions hépatiques chez ces malades par les diverses épreuves fonctionnelles qui furent faites.

D'autre part, on ne relève aucun signe de reins polykystiques.

*
**

Et voici, pour terminer cette série, une observation de tumeur polykystique, découverte fortuitement.

OBSERVATION XII.

Empruntée à AUMONT.

Il s'agit d'une jeune femme âgée de 25 ans, chez qui une intervention pour hernie ombilicale découvrit une tumeur kystique, faisant corps avec la face intérieure du foie, contenant un litre de liquide très fluide, de coloration jaune ambrée à reflets verdâtres.

L'opérateur fit une résection partielle de la poche, gardant une collerette pour marsupialisation, fermeture avec drainage après passage à l'éther, et badigeonnage iodé de la cavité afin de détruire l'épithélium.

Le drain est enlevé au sixième jour, sans que rien s'en soit écoulé.

La guérison est survenue en trois semaines.

L'examen histologique pratiqué montra qu'il s'agissait d'un kyste de nature épithéliale.

Il n'a pas été fait d'examen chimique du liquide.

Il nous a semblé utile de présenter à côté de ces observations de foies polykystiques, quelques cas d'adénomes solitaires; ces kystes solitaires sont relativement plus fréquents, beaucoup mieux connus et nettement différents de notre cas.

Leur évolution tranquille et presque toujours latente, ne trouble pratiquement pas l'état général. Cliniquement c'est la « Tumeur symptôme », dont le volume croît progressivement.

Leur phase de déchéance organique est généralement très tardive, alors que la dégénérescence polykystique, du fait de son association fréquente à des lésions rénales de même nature, conduit plus ou moins rapidement à la mort.

Ils sont généralement sans rapports anatomiques avec le kyste multiple; pédiculés ou sessiles, ils sont de ce fait plus accessibles à la chirurgie et de pronostic meilleur.

Cette forme se caractérise encore par l'absence quasi constante d'ictère concomittant.

Le diagnostic porté est en général celui de kyste hydatique, bien que certains caractères permettent de les différencier, mais non d'une façon constante;

la fluctuation serait un des plus fidèles en faveur de l'adénome.

C'est en général une tumeur non douloureuse.

OBSERVATION XIII

Empruntée au Professeur LENORMANT et CALVET.

Il s'agit d'une femme âgée de 46 ans, malade depuis trois ans; elle présente un syndrome douloureux épigastrique d'ailleurs léger.

L'état général est bon, malgré un amaigrissement de 4 à 5 kilos, l'appétit est conservé, pas de fièvre, *pas d'ictère* ni de subictère des conjonctives.

L'examen de l'abdomen montre l'existence d'une voussure de siège épigastrique et sous-costal droit régulière et arrondie. A la palpation, cette *tumeur* se montre *indolore*, très lisse, modérément tendue, elle se perd en haut sous le rebord costal et on ne lui sent pas de limite supérieure nette; inversement, la limite inférieure est appréciable à hauteur de l'ombilic; et caractère important, elle est nettement *fluctuante* et ne donne pas de frémissement hydatique.

La percussion donne une matité qui se confond en haut avec la matité hépatique et au-devant de laquelle il n'y a pas de bandes de sonorité.

Cette masse liquidienne est du volume d'une tête de fœtus, pas très mobile, elle se déplace légèrement avec les mouvements respiratoires, mais ne peut être mobilisée transversalement. Elle donne le *ballotement* antéro-postérieur sous-costal, mais non le contact lombaire.

On ne trouve rien d'anormal au niveau des autres organes abdominaux.

Les examens radioscopiques et radiographiques, avec ou sans préparation, avec ou sans tétraïode ne montrent aucune lésion du tube digestif ou des voies biliaires; mais l'ombre hépatique remonte très haut, en refoulant le diaphragme.

Les examens de sang, des urines, des selles ne décèlent rien d'anormal, si ce n'est un certain degré d'anémie :

G. R. : 3.100.000 et H. : 0,7.

La réaction de Casoni est négative.

L'opération est faite par le Professeur LENORMANT.

Incision transversale, sur la saillie de la voussure. Dès l'ouverture du péritoine, apparaît la *masse kystique* vert-bleu, modérément tendue. La vésicule biliaire est normale, couchée contre le kyste, mais nettement distincte.

La ponction ramène 1.500 cc. de liquide jaunâtre assez concentré. La poche est alors ouverte et explorée. C'est un kyste uniloculaire dont le fond est difficilement perceptible à bout de doigt, la poche s'enfonçant vers le haut en direction du diaphragme.

Seul le lobe gauche n'est plus représenté que par une lame de tissu hépatique gris rougeâtre qui vient s'amincir en bas sur la paroi du kyste.

Devant l'importance du kyste, bien qu'il existât un début de plan de clivage entre le kyste et le tissu hépatique, on juge préférable de marsupialiser. On enlève donc le plus possible de la poche, ne laissant que la col-

lerette nécessaire à la fixation pariétale. Suture cutanée, en laissant un gros drain et une mèche dans la bouche de marsupialisation.

Les suites opératoires furent simples, sans incidents; pas de choc post-opératoire.

On pratique un examen au *Lipiodol*, le vingt-cinquième jour, il n'injecte plus qu'une poche relativement limitée et sécrétant peu.

*
**

OBSERVATION XIV.

Empruntée à MM. FABRE et GADRAT, de Toulouse (1933).

Mme La..., 52 ans, souffre depuis longtemps de crises douloureuses siégeant au niveau du creux épigastrique. Elle prétend avoir ressenti, à plusieurs reprises, au moins quatre fois, comme s'il y avait une tumeur.

Ces *crises*, étiquetées coliques appendiculaires, lui ont valu, il y a six ans, une *appendicectomie*.

A l'interrogatoire, elle n'accuse qu'une sensation de gêne abdominale et de malaises digestifs *vagues*, plutôt que des douleurs vraies.

Le ventre est gros uniformément, mais au palper, on perçoit dans la profondeur une *tumeur* grosse comme une tête de fœtus, régulièrement arrondie, dure et mobilisable transversalement, fixée, au contraire, dès qu'on essaie de lui imprimer des mouvements de haut en bas.

Cette tumeur, qui siège au niveau de face inférieure du foie, ne donne pas cependant l'impression de lui être

intimement adhérente. Sa matité se confond avec celle du foie.

Autour de la masse et principalement au-dessous d'elle, il existe une zone de sonorité; et l'examen radiologique montre que le colon transverse entoure en guirlande la partie inférieure de la tumeur.

Les différents examens biologiques (sang, urines), n'apportent que des notions négatives.

Intervention, sous anesthésie générale à l'éther :

Laparotomie médiane sus-ombilicale; la masse apparaît régulièrement lisse et ronde, d'aspect kystique, bleu nacré. Elle s'insère à la face inférieure du lobe gauche du foie.

Ablation faite sans grosses difficultés; une petite mèche est mise en place.

La guérison a lieu sans incidents.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un adénome kystique à revêtement épithélial.

Si nous observons des crises douloureuses entraînant des erreurs de diagnostic, telles que coliques appendiculaires, ce n'est pas le syndrome abdominal aigu que nous avons déjà étudié, syndrome imposant l'intervention d'urgence. On peut néanmoins assister à certaines complications brutales de ces kystes (rupture, torsion) se manifestant elles aussi par un syndrome péritonéal, ainsi que nous allons le voir.

OBSERVATION XV.

Empruntée à THÉVENARD.

Elle nous intéresse par son début brutal, mais du fait de son évolution maligne, elle dépasse un peu le cadre de notre étude. Nous ne ferons que la rappeler.

Il s'agit d'un adénome kystique, *hémorragique* du foie, chez une femme de 38 ans, éthylique; il s'est manifesté la nuit par une *douleur syncopale*, douleur extrêmement violente, siégeant au niveau du creux épigastrique et accompagnée de sueurs, de nausées, et même d'un vomissement.

Au lendemain de la crise, apparition d'une *tuméfaction* au niveau du creux épigastrique.

A l'intervention, marsupialisation d'une poche contenant un litre de liquide hématique, poche sans paroi propre.

Cet adénome a subi une évolution maligne.



OBSERVATION XVI.

Empruntée à M. PETIT-DUTAILLIS.

Il s'agit, ici, d'un adénome solitaire à pédicule tordu. Cont voici en quelques mots l'histoire clinique :

C'est une femme de 27 ans, qui présente une *tumeur douloureuse* de l'hypocondre droit, tumeur de la grosseur d'une mandarine.

Le début remonte à trois ans, la malade se plaint d'une sensation de pesanteur gênante, avec augmentation progressive du volume de la tumeur.

C'est en août 1928, qu'un matin, subitement, sans cause apparente, elle éprouva sa *première* grande crise douloureuse: douleur à début brutal siégeant au creux épigastrique, douleur *transfixiante*, accompagnée de vomissements réitérés, abondants et durant une journée.

Jusqu'en août 1929, on note *sept à huit crises* semblables.

L'examen montre une tumeur du volume de deux poings, sphérique, ferme.

Il n'y a pas d'arrêt des matières et des gaz; pas de vomissements.

On porte le diagnostic de torsion de tumeur abdominale.

La *laparotomie* médiane sus-ombilicale pratiquée découvre une tumeur arrondie, bosselée, violacée, noirâtre par place, avec un pédicule hépatique de trois centimètres (du volume d'un pouce). Ce pédicule est *tordu*.

Extirpation de la tumeur; fermeture de la paroi.

Guérison.

Nous terminerons la présentation de ces observations par deux cas de kystes par dilatation des voies biliaires. Nous en verrons l'intérêt du point de vue diagnostic, et pronostic.

OBSERVATION XVII.

Empruntée à ZIPF.

Il s'agit d'une jeune fille de 14 ans, qui, deux jours après l'apparition d'une angine, présente des *douleurs* abdominales accompagnées :

— de vomissements;

— arrêt des matières et des gaz.

L'état général est très altéré, la température à 37°5, le pouls à 120. On note de l'anémie et de l'albuminurie.

A l'examen, présence d'une *tumeur* dans le voisinage de la vésicule, tumeur dont les dimensions sont celles d'un poing; elle ne paraît pas mobile avec les mouvements respiratoires.

A l'intervention : Incision parallèle au rebord costal.

La tumeur paraît rétro-péritonéale.

Elle contient un litre de pus jaune, d'odeur urineuse et formée de calculs décomposés.

L'opération n'a consisté qu'en une simple ponction.

Deux jours après, apparition d'une parotidite droite et mort au troisième jour, sans signe de réaction péritonéale.

L'autopsie pratiquée montre qu'il existe, en plus de la lésion parotidienne, un kyste du volume du poing dans la loge sous-hépatique. L'extrémité supérieure se prolonge jusque vers le hile où il présente une excavation; l'extrémité inférieure se poursuit sous le duodénum jusqu'à la racine du mésentère. A la partie postérieure du

sac, se trouve une large ouverture qui conduit dans les voies biliaires intra-hépatiques distendues; au-dessous se trouve l'orifice élargi du canal cystique qui est nettement distinct et sans coudure. Il s'agit donc d'une *ectasie* de l'hépatocolédoque se prolongeant en haut vers les voies biliaires intra-hépatiques et l'embouchure du cystique, communiquant en bas avec le duodénum. A l'examen de la paroi du kyste, on retrouve la structure du cholédoque et des lésions d'inflammation chronique.

OBSERVATION XVIII.

Empruntée à FIESCHI (Fermo) (Thèse de GARSAX).

Il s'agit d'une femme de 52 ans, bien portante jusqu'à l'âge de 42 ans, ayant trois fils bien portants.

C'est vers 42 ans qu'elle a ressenti les premiers signes, une *douleur sourde* avec sensation de pesanteur dans l'hypocondre droit; à ce moment-là le foie est normal.

L'état général se maintint assez bien durant plusieurs années.

Les diagnostics les plus divers furent portés.

A plusieurs reprises, la malade présenta un peu d'ictère.

Peu à peu, les douleurs augmentèrent, de la *fièvre* apparut et au moment de son entrée à la clinique la température oscillait de 39°5 à 40°.

A l'examen, on apercevait une *voussure* notable de toute la partie supérieure de l'abdomen; le foie était très augmenté de volume et présentait des bosselures, dures, élastiques et légèrement douloureuses à la pression.

Pas d'ascite appréciable.

Quel diagnostic porter : néoplasme, syphilis?

Laparotomie exploratrice. On constate, à la surface du foie, l'existence de nombreuses *saillies kystiques*, de couleur bleuâtre et de volume très variable contenant un liquide clair, un peu visqueux.

La vésicule biliaire, volumineuse et tendue, contient du muco-pus.

Vu l'état du malade, une *cholécystostomie* est décidée. Pour faciliter la fixation de la vésicule à la paroi, on résèque, après hémostase préalable, une partie du lobe de Spiegel, qui recouvre la vésicule et contient de nombreux kystes.

Les suites opératoires furent très simples et la malade grandement améliorée :

Diminution de la température, et la quantité de *bile*, qui s'écoulait d'abord en abondance, *diminua* peu à peu, pour ne plus dépasser 100 à 150 grammes par jour. On fit des lavages quotidiens de la vésicule et le foie diminua beaucoup de volume.

Deux ans après, la malade est bien portante.

L'auteur envisage deux *hypothèses* plausibles :

— dégénérescence kystique essentielle ou

— kystes biliaires par rétention et dilatation des voies biliaires,

et conclue en faveur de cette deuxième hypothèse, qui lui paraît plus vraisemblable, de par l'amélioration obtenue par l'intervention.

La première de ces deux observations nous montre la gravité du pronostic de cette affection.

La deuxième, combien le diagnostic entre la dégénérescence kystique et le kyste par dilatation peut être délicat à préciser, en l'absence d'éléments anatomopathologiques.

DIAGNOSTIC

Nous allons exposer ici les différentes étapes qui vont nous permettre de préciser le diagnostic :

— Cliniquement, rien ne nous permet en général de l'affirmer.

— Ce n'est pas le cystadénome du foie, dont le diagnostic fut posé par FÉDOROFF, et qu'il est classique de signaler « Tumeur abdominale datant de longtemps, indolente, mobile, sans ictère concomittant. »

Dans le cas qui nous intéresse, tumeur polykystique avec syndrome abdominal aigu, ce n'est en général qu'à l'intervention qu'apparaît la cause de l'accident aigu.

Mais le diagnostic n'est pas encore fait, même sur le vu des lésions, et c'est seulement le laboratoire qui précisera la nature réelle des kystes non parasitaires.

Ayant déjà éliminé l'hypothèse de *kyste hydatique*, erreur commune; il faut, au cours de l'intervention, envisager la possibilité d'un kyste par dilatation des voies biliaires intra ou extra-hépatiques, due à une sténose sous-jacente. Il est en effet capital, quant à la

conduite thérapeutique à tenir, de différencier ces kystes par dilatation, justiciables seulement d'un aboutissement dans le duodénum, des tumeurs polykystiques du foie ou cystadénomes.

On conçoit en effet, en ce qui nous concerne, que le diagnostic pouvait rester hésitant entre ces deux affections :

1° En faveur du diagnostic de kyste par dilatation des voies biliaires.

a) Le fait que l'écoulement de bile par la fistule persiste sans changement, or COSTANTINI et DUBOUCHER (*J. de Chir.*, 1923) affirment nettement que les voies biliaires ne sont jamais en relation avec la cavité d'un kyste solitaire. « Ils ne seraient ouverts qu'au cours de manœuvres de dissection de la poche (cas personnel). » Cette éventualité n'est pas à envisager dans le cas présent, la poche n'ayant pas été disséquée.

On pouvait donc penser devant la persistance de l'écoulement biliaire, avoir marsupialisé tout simplement une dilatation kystique d'une voie biliaire intra-hépatique, un véritable anévrysme biliaire.

b) De plus, contre l'hypothèse de polykyste, se trouve encore *l'évolution*: rares sont les cas qui rappellent l'allure clinique dramatique de notre malade. Nous en avons rapporté quatre cas.

Il n'est pas question, dans les travaux d'ensemble, de syndrome abdominal aigu, et c'est d'une façon presque constante que l'attention est attirée par une tumeur de l'hypocondre droit et cataloguée kyste hydatique.

D'autres fois, la découverte est occasionnelle; soit au cours d'une intervention pour une autre affection (Obs. XII); soit comme découverte d'autopsie, ou d'anatomie, ainsi qu'elle est souvent signalée dans la thèse de GARSAX.

2^e Mais contre l'hypothèse « Dilatation », l'allure de l'affection s'inscrit en faux.

a) Dans le cas présent, les troubles durent depuis l'âge de dix ans, revenant régulièrement troubler un état de santé parfait par ailleurs.

Or les dilatations kystiques dues à une sténose, s'observent bien le plus souvent chez des enfants (GUELLETTE et Obs. de ZIPF), bien qu'on en ait signalé un cas à 38 ans.

En outre, l'évolution de cette affection est progressive:

— une fois l'ictère déclaré, il ne disparaît plus, c'est un ictère d'abord incomplet, mais progressif.

— l'état général est très altéré, les troubles hépa-

to digestifs particulièrement marqués, vont croissant jusqu'à la cachexie, plus ou moins rapidement.

Ce n'est point là, la physionomie clinique de notre malade, dont l'état général est excellent en dehors de ses crises; et dont l'ictère n'est que passager, disparaissant un peu après les accidents douloureux.

b) D'autre part, en faveur du diagnostic de tumeur polykystique :

- Accessoirement, l'ictère ou le subictère, *manifestations passagères* que l'on retrouve soit à l'examen, soit dans les antécédents avec une certaine fréquence, alors qu'elles sont rares au cours de l'évolution des adénomes solitaires.
- Mais beaucoup plus importante est l'*association* au foie polykystique, de la *dégénérescence kystique des reins*, constituant la maladie polykystique très bien étudiée par LEJARS, et dans la thèse de GARSAX où elle est surtout signalée comme découverte d'autopsie.

Quant à ROLLESTON, il affirme que cette association est constante; sans doute exagère-t-il? Cependant HERXHEIMER en a réuni 50 cas et EISENDRAHT estime qu'elle existe dans 18 % des cas de kystes multiples du foie; aussi la présence de lésions rénales kystiques pourra-t-elle,

en face d'une tumeur du foie, faire soupçonner la nature polykystique de la tumeur.

Or la radio nous a montré un rein droit nettement augmenté de volume, et aux contours irrégulièrement bosselés.

- Enfin, les constatations anatomiques faites par l'intermédiaire : 1° de l'*exploration au doigt* de la cavité au cours de l'intervention; nous en avons déjà vu les résultats : poches irrégulières, communiquant les unes avec les autres; 2° quant au *radiolipiodol*, il nous a montré en outre une image de canalicule biliaire injecté.

En somme, l'ensemble de tous ces éléments nous permet d'éliminer l'hypothèse de kyste par dilatation des voies biliaires et de porter le diagnostic de tumeur polykystique non parasitaire du foie, et probablement de *Dysembryokystome*.

Il semble hors de doute, en effet, que c'est aux dépens de canaux biliaires néoformés et peut-être aussi, comme le voulait SABOURIN, des « vasa aberrantia » (1) et des glandes annexées aux voies biliaires que se forment les kystes.

(1) Rappel histologique : *Vasa Aberrantia*. — On donne ce nom à des vestiges de canaux biliaires, situés

MALASSEZ, MICHALOWICZ, plus tard JUHEL RENOY, pensaient que les canaux biliaires, malades, obstrués, se dilataient en amont de la lésion, sous l'influence de la rétention, puis s'ouvraient les uns dans les autres, formant ainsi des kystes.

Cette théorie n'a plus guère qu'un intérêt historique.

Notre observation manque d'éléments anatomo-histologiques, mais si l'on se reporte aux définitions que l'on trouve dans quelques travaux récents :

Les kystes du foie, qu'ils soient uniques ou multiples, sont des cystadénomes biliaires, et si l'on se souvient qu'embryologiquement, conduits biliaires et travées hépatiques se développent isolément et ne se raccordent que secondairement, il est vraisemblable que ces tumeurs, comme les adénomes solides, résultent d'une « malformation formative » (LETULLE et VERLIAC) d'un trouble évolutif de la pénétration intra-hépatique des conduits biliaires; « il y a des nappes

dans le tissu fibreux du foie, qui se terminent par des extrémités closes et renflées en cul-de-sac.

Leur paroi est formée d'un tissu fibreux qui supporte un épithélium aplati.

On peut rencontrer dans ces parois des vestiges de glandes.

qui restent figées à l'état embryonnaire » (CHARRIER); que ce sont, suivant l'expression de LECÈNE, des *Dys-hépatomes*.

GARNIER et CATHALA, rappelant la théorie relative à la dégénérescence kystique des reins, proposent de l'appeler Dysembryokystome.

Dès le début de cette discussion, nous avons souligné l'importance capitale du diagnostic entre les deux affections, quant aux indications opératoires; en effet, le traitement en est radicalement différent :

— le kyste des voies biliaires n'est justiciable que d'un abouchement dans le duodénum;

— alors que le kyste multiple actuellement accessible à la chirurgie, du moins s'il est vu avant la phase terminale de la maladie, ou au cours d'une complication comme celle qui nous intéresse bénéficiera :

— *S'il s'agit de lésions localisées*, d'une résection cunéiforme; mais c'est là une méthode assez grave et shockante; aussi lui préférera-t-on chez un sujet fatigué, la résection partielle avec marsupialisation, qui semble être la méthode de prudence.

La première faite en tissu hépatique sain entraîne une guérison complète et rapide; c'est la méthode de choix.

La deuxième est à ce point de vue moins

satisfaisante, car elle peut entraîner une fistule biliaire persistante, qui nécessitera un traitement ultérieur; c'est ainsi que le Professeur LENORMANT signale le cas d'une fistule biliaire post-opératoire de 8 ans, guérie par intervention secondaire. On lui reprocherait également des risques de récurrence, qui seraient d'ailleurs plus théoriques que réels, et pourraient être évités par un badigeonnage de la cavité à l'éther et à l'iode.

- *S'il s'agit de lésions étendues* à tout le parenchyme hépatique, la chirurgie ne peut rien, et, comme le propose le Professeur FIESSINGER, la radiothérapie peut reprendre ses droits sur ces lésions adénomateuses.

Nous ne ferons que signaler les procédés utilisés par :

- EVERIDGE, chirurgien anglais, qui, pour éviter la marsupialisation et ses inconvénients et ne se déterminant pas à l'extirpation, établit une anastomose de la poche kystique avec le duodénum.
- ROCK CARLING fit de même une anastomose de la poche à la vésicule biliaire.
- DORAN (*Br. Med. J.*, 1905), chez une femme de 42 ans, pour une tumeur fluctuante à droite

de l'ombilic, avec ictère, douleur et diarrhée, fit une incision de drainage d'un kyste des lobes carré et gauche, du volume d'une tête d'enfant, contenant de la bile verte.

Ce sont là des procédés d'exception.

En résumé, le diagnostic est pratiquement celui d'une intervention d'urgence pour syndrome abdominal aigu.

CONCLUSIONS

De notre observation nouvelle, de l'ensemble des observations et des travaux que nous avons pu consulter et dont nous avons rapporté certains éléments, il semble que quelques notions intéressantes puissent être formulées à la fin de ce travail.

A côté des kystes non parasitaires du foie, qui se révèlent en général par un syndrome de tumeur, les adénomes solitaires et certains gros foies polykystiques, cas de beaucoup les plus fréquents.

— On peut observer des TUMEURS POLYKYSTIQUES ne se manifestant que par un *complication brutale*, imposant l'intervention d'urgence. De par sa rareté, cette éventualité fait que *l'erreur de diagnostic est la règle*, et si l'on peut y songer, ce n'est encore que par quelques nuances cliniques :

- a) Il faudra donc, devant un syndrome abdominal aigu, savoir penser à une complication de ces tumeurs polykystiques du foie, tumeurs d'origine congénitale ou dysembrio-kystomes.

- b) Elles semblent s'observer plus spécialement chez des sujets relativement jeunes, mais peuvent s'observer à tout âge;
- c) Du point de vue étiologique, le caractère familial de la maladie; il semble pouvoir être retenu.
- d) L'ictère ou le subictère, manifestations passagères, sont fréquemment observées, soit à l'examen, soit dans les antécédents, au cours de l'une des crises abdominales douloureuses, caractères qui différencient les tumeurs polykystiques de l'adénome solitaire où ces manifestations sont rares.
- e) La tolérance hépatique presque normale, explique, par une atteinte fonctionnelle limitée du foie, l'évolution longtemps torpide de la maladie.
- f) Des lésions rénales polykystiques sont très fréquemment associées au foie polykystique, mais leurs manifestations cliniques peuvent manquer complètement.
- g) Aucun signe pathognomonique ne permettra d'affirmer le diagnostic, et ce n'est qu'à l'intervention qu'on pourra le préciser.
- h) En présence d'une tumeur kystique du foie, il faut avant tout éliminer le diagnostic de kyste hydatique; puis dans le cadre des kystes non

parasitaires, discuter le diagnostic de kyste par dilatation des voies biliaires intra ou extra-hépatiques, qu'il est essentiel de différencier quant à la conduite thérapeutique à tenir.

DU POINT DE VUE THÉRAPEUTIQUE :

— La plupart de ces tumeurs, vues avant la période ultime de leur évolution, au cours d'une complication brutale, ressortissent de la chirurgie, et sont même susceptibles d'une large exérèse en tissus hépatique sain.

— Le traitement sera, suivant les circonstances :

a) En face d'une maladie kystique localisée :

1° la *résection cunéiforme*. C'est la méthode de choix entraînant, quand on peut la pratiquer, une guérison rapide, mais il faut savoir qu'elle est grave et choquante ;

2° la *résection partielle avec marsupialisation* est une méthode de prudence, réservée aux cas difficiles, aux malades très choqués et aux très rares cas infectés ; et il faut se rappeler qu'elle peut entraîner une fistule biliaire post-opératoire ;

3° la *dérivation*, soit dans la vésicule biliaire, soit dans le duodénum, est une méthode d'exception ;

4° *l'ouverture simple* chez les cachectiques.

b) En face d'une maladie kystique généralisée à tout le foie :

- Toute exérèse étant impossible, on pourra avoir recours à la *Radiothérapie*.
- Il est indispensable, lorsqu'on intervient sur cette région, de pratiquer une incision large, d'y voir nettement, et d'*explorer* les autres viscères.

QUANT AU PRONOSTIC :

- Nettement moins favorable que pour les grands adénomes solitaires, il s'est vu très amélioré par la chirurgie.
- Il est souvent assombri du fait de l'association à la dégénérescence kystique des reins.
- Il est aggravé, par la fragilité hépatique présentée par ces malades, rendant l'anesthésie générale dangereuse, et faisant craindre des hémorragies secondaires toujours possibles.

Vu
Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu
Le Président de la Thèse :
LENORMANT

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
CARCOPINO

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDRE (Ch.-R). — Les kystes solitaires non parasitaires du foie. (*Edimbourg Medical Journal*, vol. XXXII, février 1925, pp. 61-68.)
- ATAKAN. — Foie kystique congénital reconnu comme volumineux kystome ovarien. (*Zentralblatt für Chirurgie*, au LXII, n° 4, 25 janvier 1936.)
- AUMONT. — Deux observations de kystes non parasitaires du foie. (*Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie de Paris*, t. L., n° 20, 18 juin 1924.)
- BACCARINI. — Pathogénie du foie polykystique. (*Archivio italiano di Chirurgica*, vol. XLIII, avril 1936.)
- BIGORRE. — Considérations cliniques sur quelques cas de kystes non parasitaires du foie. (Thèse de Toulouse 1936-1937.)
- BLACKBORN. — Kyste non parasitaire du foie. (*Transac of the Path. Soc. London*, 1940.)
- CARRÉ (J.). — Foie et Reins kystiques chez un fœtus. (Thèse de Paris, 1901.)
- CATHALA et GARNIER. — Les kystes non parasitaires du foie. (*Nouveau Traité de Médecine*, de ROYER, VIDAL, FEISSIER, 1923.)
- CENINI. — Le foie polykystique. (*Gazetta delle spedale et delle clineche*, 2 août 1931.)

- COURBIS. — Kystes du foie et du rein. (Thèse de Paris, 1877.)
- COSTANTINI et DUBOUCHER. — Des adénomes biliaires kystiques et spécialement des grands kystes biliaires chirurgicaux du foie. (*J. C.*, janvier 1923, p. 1.)
- CATTAN et FIESSINGER. — Un cas de gros foie polykystique. (*Journal des Praticiens*, t. XLII, n° 35, 1^{er} septembre 1928.)
- CAMPBELL. — Maladie polykystique congénitale des reins et du foie. (*The British Medical Journal*, numéro 3.859.)
- CHARRIER (Bordeaux). — Maladie polykystique du foie. (*Bulletin et Mémoire de la Société nationale de Chirurgie de Paris*, t. LXI, n° 26, p. 1131. — Résumé au *J. C.*, janvier 1931, p. 118.)
- COSTANTINI et BENKAMON (Alger). — Sur un cas de maladie polykystique du foie. (*Archives de la Nutrition*, t. XX, n° 29, février 1930, pp. 184-194. — Résumé au *J. C.*, juillet 1930.)
- DE BERNARDIS. — Un cas de foie polykystique. (*Bulletin et Mémoire della Società Piemontesa Ch.*, vol. III, n° 13, 8 juillet 1933.)
- ELIASON. — Kyste congénital non parasitaire du foie. (*Annals of Surgery*, vol. XLIX, n° 4, avril 1934.)
- EVERIDGE. — Un cas de kyste non parasitaire du foie. (*The Lancet*, n° 4.788, 20 juin 1914.)
- FABRE et GADRAT. — Kystes non parasitaires du foie (2 observations. — *Mémoire de l'Académie de Chirurgie*, n° 31, S. du 2 décembre 1936.)
- FERMO-FIESCHI. — Un cas de kyste non hydatique, traité chirurgicalement. (*La Clinica chirurgica*, 1909, t. XVII, n. 1487.)

- HABERER. — Zurfrag der nicht parasileren Leberzysten. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, déc. 1909, p. 1788.)
- CAYLOR (H.-D.). — Kyste non parasitaire du foie. (*Soc. Chir. North America*, 9 : 191, février 1929.)
- GREGORIEF. — Contribution à l'étude des kystes non parasitaires du foie. (*Katchelnaia Gazetta*, 9 octobre 1913, n^{os} 40 et 41. — Résumé au *Journal de Chirurgie*, 1931, p. 818.)
- GUEULETTE. — Kystes par dilatation des voies biliaires. (*Encyclopédie médico-chirurgicale* : Foie, page 7059.)
- LAMBRET et DELANNOY. — Deux cas de kystes non parasitaires du foie. (*Société de Médecine du Nord*, 1909.)
- LAUWERS (de Courtrai). — Une observation de kyste non parasitaire du lobe droit du foie. (*Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie*, 9 avril 1930.)
- LEJARS. — Kyste du foie et du rein. (Thèse de Paris, 1888.)
- LENORMANT et CALVET. — Kystes non parasitaires du foie. (*Journal de Chirurgie*, mai 1935.)
- LIPPMANN. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1900, t. LIV, p. 446.)
- MAC GLAMON. — Kystes non parasitaires du foie. (*Annals of Suregry Baltimore*, vol. LXXXVIII, n^o 6, juin 1928, p. 84. — Résumé au *J. C.*, 1928, p. 487.)
- MASCIOTTRA et ETCHEVERRY. — Kyste non parasitaire du foie. (*Revista Medico Quirurgica de Patologia feminina*, au II, t. III, n^o 4, avril 1934. — In *J. C.*, n^o 2, février 1935, t. XLV, p. 303.)

- MALLET (P. Guy) et AUFRÈRE. — Kyste non parasitaire du foie. Exérèse. Etiologie traumatique possible. (*Lyon Chir.*, XXXIII, 507-510, août 1936.)
- MAES (Urban). — Deux cas de kystes non parasitaires du foie. (*Am. Journal Surgery*, vol. XXXVIII, p. 68, mars 1924.)
- MARGARUCCI. — Kystes non parasitaires du foie. (*Il polí-clínico*, décembre 1922, t. XXIX, fasc. 12; Janvier 1923, t. XXX, fasc. 1.)
- MATHIEU (P.). — Dyshépatome kystique. (*Bull. et Mém. de la Soc. National de Chir.*, t. LVI, n° 12, avril 1930.)
- MEADE. — Un cas de maladie polykystique. (*The British Journal of Medical Science*, fasc. 5, n° 47, novembre 1929.)
- MICHALOWICZ. — Thèse de Paris 1876. Dégénérescence kystique simultanée du foie et des reins (examen par MALASSEZ).
- OSCHNER (E.-H.). — Kyste uniloculaire du foie. (*Annals of Surgery*, vol. 107, juin 1938.)
- PEPA et LICHET. — Maladie kystique congénitale du rein et du foie. (*Mascara Médicale*, n° 34, avril 1932.)
- PETIT-DUTAILLIS et LONGUET (J.). — Adénome solitaire du foie à pédicule tordu. (*Bull. et Mém. de la Soc. Nationale de Chir.*, 2 avril 1930.)
- PROUST. — Un cas de kyste non parasitaire du foie. (*Ann. de Fac. Franç. de Méd. et Pharm. de Beyrouth*, n° 2, p. 116, avril 1939.)
- RIEDER. — Kyste perforé du foie simulant un ulcus gastrique perforé. (*Zentralblatt für Chirurgie*, LX, n° 23, juin 1932.)

- RITTER (Carl). — Zur diagnose und Thérapie der Cysten-leber. (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1931, p. 2978; 1932, p. 15; Résumé au *J. de Chir.*, mai 1932, p. 767.)
- ROCK et CARLING. — Kyste biliaire du foie. (*The British Journal of Surgery*, vol. XXII, n° 85, p. 183, juillet 1934.)
- SENÈQUE. — Kyste non parasitaire et des voies biliaires. (*Presse Médicale*, avril 1923, p. 346.)
- SCALONE. — Contribution à l'étude d'un kyste biliaire non parasitaire développé chez un enfant. (*Poly-clinico*, t. XXXI, fasc. 5, p. 260, 15 mai 1924.)
- SONNTAG. — Beiträge zur Klinischen chirurgie, t. 86, p. 327.
- THEVENARD. — Adénome kystique hémorragique du foie. (*Bull. et Mém. de la Soc. chirur. de Paris*, juin 1931, t. XVIII, n° 11.)
- TUFFIER (L.). — A propos du foie polykystique. (*Vir-chov's Archiv für pathologische anatomie und physiologie*, vol. 262, fasc. 2, 1926.)
- WALLER (E.). — Kystes idiopathiques du cholédoque. (*Annals of Surgery*, 1917.)
- VAN DER VEER. — Kyste congénital non parasitaire du foie. (*The american Journal of Surgery*, vol. 30, n° 2, août 1935. — Résumé au *Journal de Chir.*, février 1936.)
- ZENO et CID. — Cystadénome du foie. (*Bull. et Mém. de la Soc. chir. de Paris*, t. LVI, n° 11, 29 mars 1930, p. 416.)
- ZIPP. — Kystes idiopathiques du choledoque. (*Archiv. für klinische chirurgie*, janvier 1923.)

R. FOULON IMPRIMEUR
29, Rue Deparcieux, PARIS XIV^e
